

# LETRA

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA



El sida  
tiene  
remedio

Su tratamiento es gratuito y está  
disponible en la red pública

*Ministerio de Salud de Brasil*

**MEDICAMENTOS**  
*Hasta que alcance para todos*



## EDITORIAL

A diferencia de otros países latinoamericanos, en nuestro país surge tardíamente la discusión sobre el acceso a los costosos medicamentos contra el sida para las personas afectadas por ese mal. Mientras en Argentina y Brasil el dilema entre el costo financiero y el costo humano está superado en favor de mejorar la calidad de vida de los afectados, en México aún hay quien sostiene, como el doctor Manuel Velasco Suárez, presidente de la Academia Mexicana de Bioética, que es *inmoral* pretender que el Estado proporcione esos medicamentos. Afortunadamente, estas declaraciones irresponsables sólo sirvieron para que un grupo de médicos y funcionarios especialistas salieran al paso y fijaran su posición (*Letra S*, núm. 17). Ahora el debate se sitúa en otro nivel: ¿Quién debe garantizar el acceso a las terapias anti VIH? Según la Secretaría de Salud, el Estado debe compartir esa responsabilidad con el sector privado y la sociedad en general. Para ello ha propuesto la formación de un Fideicomiso (Fonsida, A.C.) para recabar fondos. Por otro lado, la posición del Frente Nacional de Personas Afectadas por VIH (FrenpaVIH) y la del grupo de especialistas mencionado es que, de acuerdo con la experiencia de países de economía similar a la nuestra, al Estado le corresponde proveerlos. En ese sentido, el FrenpaVIH entregó una propuesta a la Cámara de Diputados. Allí el Frente propone destinar 370 millones de pesos del presupuesto, que provendrían de los fondos de distintas secretarías para no afectar al presupuesto de Salud, para la compra de medicamentos. La propuesta es seria y debiera ser analizada porque, como afirman los especialistas en su respuesta al doctor Velasco Suárez, "la única opción moralmente aceptable es proveer estos medicamentos a quien los necesite" •

Num. 18 / enero 8 de 1998

LETRA  
SALUD • SEXUALIDAD • SIDA

Directora General: CARMEN LIRA SAADE  
Director Fundador: Carlos Payán  
Director: Alejandro Brito  
Coordinador: Arturo Díaz  
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonifil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Lilia Rubio, Manuel Figueroa, Jorge Huerto, Francisco Garibay  
Diseño: Coes van der Hulst  
Formación: Marina Sánchez de Tagle  
Publicidad: Moisés López/Luz María Linares  
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lanza, Dra. Carmen Villareal, Dr. Arnoldo Kraus, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagaitia, Estela Guzmán.

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderrán N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169, Certificado de Licitud de Contenido N°6418, Reserva al Título en Derechos de Autor N°338995 y sus modificaciones en trámite. Distribuido en el D.F. por la Unión de Exponentes y Vocadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Quilichua N°3353, Col. Ampliación Cosmopolita, Azcapotzalco, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400. E-mail: letrassida@laneta.apc.org

## In Memoriam: fallecen tres destacados activistas

En el mes de diciembre, la lucha contra el sida sufrió la pérdida de tres destacados elementos que aportaron su invaluable compromiso y su valiosa experiencia en el combate a la discriminación, la desinformación y el prejuicio, aliados naturales del VIH. Desde diversos espacios —la defensa de su derecho a la salud, la lucha por el acceso a los costosos tratamientos, la organización de los afectados, el trabajo preventivo e informativo, y la defensa de los derechos de las personas VIH+ y de las minorías sexuales— cada uno de ellos decidió dedicar sus mayores esfuerzos a combatir los estragos de esta epidemia. En reconocimiento a su importante labor incluimos aquí una semblanza breve de su aportación.

**José Antonio Peón Síd.** Involucrado desde 1994 en la lucha contra el sida, en 1996 organiza a las personas VIH+ que se atienden en el Hospital Gabriel Mancera del IMSS, en defensa de la Clínica de Sida, ante la pretensión de las autoridades del Seguro Social de cerrarla. Gracias a las acciones emprendidas, la Clínica continúa funcionando y se convierte pronto en modelo de atención de ese padecimiento. José Antonio fue el coordinador del grupo de pacientes organizados que se atienden en ese hospital. Bajo su coordinación lograron importantes avances en el mejoramiento de la atención hospitalaria. José Antonio murió por neumonía el 26 de diciembre a los 39 años.

**Rubén Silva Pérez.** Psicólogo de formación, Rubén inició su labor contra el sida en 1992 como voluntario de Voz Humana, brindando servicios de capacitación e información telefónica. Participó en la creación del programa piloto Amigos Acompañantes de apoyo a homosexuales y bisexuales en crisis de salud por el sida. En 1997, participó en la elaboración de la serie radial *Sida en primera persona*, transmitida por Radio Educación. Fue fundador y secretario general del grupo Acción Humana por la Comunidad, A.C. (AMAC) y perteneció al consejo global de la Red Mundial de Personas que Viven con VIH/sida. "Las personas que vivimos con sida —decía— exigimos respeto incondicional a nuestra dignidad de seres humanos. No solicitamos más, no merecemos menos". Rubén Silva murió de neumonía el 28 de diciembre a los 39 años.

**Alfredo González Gascón.** Ingeniero agrónomo de profesión, en 1991 se involucra en el trabajo preventivo contra el sida en la comunidad gay de Aguascalientes. En 1992, crea, junto con otros compañeros, la Fundación Aguascalentense de Lucha Contra el Sida, A.C. (Falcons). A raíz de las persecuciones públicas de compañeros gay llevadas a cabo por periódicos de la ciudad, Alfredo organiza, en 1995, el Colectivo Ser Gay, de defensa de los derechos de lesbianas y homosexuales. Alfredo participó activamente en programas de radio, ruedas de prensa y foros públicos sobre sida. Era muy conocido en la comunidad gay de Aguascalientes por su carisma y solidaridad. Sus compañeros lo reconocen como el iniciador y el pilar de la lucha contra el sida en la entidad. No soportaba, comentaba, la estigmatización de las personas que viven con sida y de

## NotieSe



la gente gay. Alfredo González murió de pancreatitis el 28 de diciembre a la edad de 47 años.

Desde este espacio, los miembros de *Letra S* manifestamos nuestra solidaridad a los familiares y compañeros de las organizaciones a las que ellos dieron vida.

## Condomes gratis en hoteles de paso

Con el fin de detener la diseminación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), el gobierno municipal de La Paz, Bolivia, aprobó una resolución que obliga a los establecimientos que cobran tarifa por hora —hoteles y moteles de paso— a distribuir gratuitamente condones a parejas que requieran el servicio. Las estadísticas gubernamentales indican que entre 1991 y 1996, hubo 27,727 casos de sífilis en La Paz, mientras que el número de casos reportados de sida aumentó de 254 en 1996 a 345 en 1997. La medida aprobada fue propuesta luego de que se descubriera que casi 61 por ciento de 663,400 jóvenes que viven en La Paz no cuentan con información completa sobre las ETS. (UPI)

## Creciente expansión del sida en Colombia

El temor de muchos colombianos a la prueba para detectar anticuerpos al VIH ha ocasionado que más de 90 por ciento de los portadores del virus aún no lo sepan y se siga propagando rápidamente la enfermedad, según el ministerio de Salud de Colombia, país que oficialmente cuenta con 8,344 casos de sida, pero que de acuerdo a estimaciones de la misma dependencia, el número de portadores podría superar los 170 mil. De mantenerse la tendencia, el número de casos de sida podría alcanzar en 7 años la cifra de 2 millones, equivalente a 4.5 por ciento de la población de Colombia para esa fecha. Esto representa un reto para el sistema de Seguridad Social, que por una disposición judicial debe asumir gratuitamente el tratamiento de los pacientes, incluyendo la entrega de los medicamentos más avanzados disponibles en el mercado mundial. Según datos del Instituto de Seguridad Social, los gastos en ese rubro durante 1997 para atender a unos 5 mil pacientes, ascendieron a 60 millones de dólares, gasto que podría volverse insostenible si la expansión del virus mantiene su creciente

escala actual, pues con 2 millones de pacientes en el año 2005, los tratamientos podrían llegar a costar 1,200 millones de dólares anuales, equivalente a 1 por ciento del Producto Interno Bruto (AFP)

## En el 2004, resultados de la vacuna cubana

Un grupo de 24 científicos cubanos cumplió el primer año de ensayo clínico en sus propios organismos del prototipo de vacuna contra el VIH, cuyos resultados y evaluación estarán disponibles a partir del año 2004, sin que exista la certeza de que serán positivos. La experiencia cubana se inició con voluntarios en noviembre de 1996. En caso de que el ensayo resulte favorable, tendría dos fases adicionales, una entre aproximadamente 200 personas, y después en un amplio grupo de riesgo. La vacuna está enfocada contra el VIH-1, causante de la difusión del sida en el mundo, que se distingue del VIH-2, ubicado sólo en algunos países de África Occidental. La base del proyecto cubano de vacuna es la síntesis artificial de una proteína del VIH-1, que en teoría debe crear anticuerpos neutralizantes, los cuales impedirán la entrada del virus en las células humanas. Estos anticuerpos actúan con facilidad en cepas de laboratorio, pero ninguno de los candidatos vacunales que se han ensayado han neutralizado a las cepas obtenidas más directamente del paciente, lo cual constituye uno de los puntos oscuros en los prototipos de vacunas. Sin embargo, para efectos de ensayo en humanos, el producto es absolutamente seguro. La diferencia principal con otros ensayos en el mundo, es que el producto cubano se basó en muestras de seis cepas virales para buscar una respuesta más amplia a un mayor espectro, mientras que en otros casos la fórmula parte de una sola cepa. Para elaborar el antídoto, el grupo de cubanos usó la información disponible en el mundo sobre el tipo de cepas virales que circulan en Cuba y otras zonas, en especial en América del Norte y Europa. (Notimex)

## Mujeres y campesinos, prioridad en la lucha

Las mujeres más pobres y los campesinos sin tierra serán, a partir de este año, el objetivo principal de las campañas de prevención del sida, según declaró Pedro Chequer, director del programa de sida del Ministerio brasileño de Salud. En la actualidad, una de cada tres personas infectadas es mujer, y a pesar de ello aún no existía una campaña específica en Brasil que combatiera frontalmente este problema. Existe asimismo un programa de prevención del sida para 77 áreas indígenas, con material adaptado a cada una de sus lenguas. El ministerio compró en 1997 un total de 250 millones de condones que distribuyó gratuitamente en hospitales y puestos de atención médica. En 1998, la intención es alcanzar una cifra de 300 millones de unidades. En términos de recursos, en 1997 Brasil invirtió 280 millones de reales en medicamentos para atender a 50 mil enfermos de sida, y la meta para este año es de cubrir a 85 mil pacientes mediante una inversión de 700 millones de reales. "La decisión política es asegurar que no falten medicamentos, y no faltarán", afirmó categóricamente Pedro Chequer. (AFP)

## Sida: las preguntas más frecuentes

MANUEL ZOZAYA

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia de sida y de los esfuerzos informativos realizados desde entonces, aún persisten una serie de dudas y de mitos respecto a esta enfermedad. Es por esto que *Letra S* ha recogido algunas de las preguntas más frecuentes con el fin de contestarlas con la mayor claridad posible.

## ¿QUÉ ES EL SIDA?

Es la fase avanzada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual se caracteriza por abatir el sistema de defensas que nos protege de las enfermedades, dejando al organismo expuesto a infecciones que en otras circunstancias no serían graves, pero que en este caso pueden llegar a ser mortales. Además pueden presentarse una serie de enfermedades conocidas como *oportunistas* porque en un sistema inmunológico sano no aparecen. Las más comunes son: tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis, candidiasis, herpes zoster, afecciones neurológicas y un cáncer de la piel denominado sarcoma de Kaposi, entre otras. Hasta hace pocos años se decía que el sida era una enfermedad de transmisión sexual, incurable, progresiva y mortal, sin embargo en la actualidad los avances científicos permiten para quienes reciben tratamiento oportunamente, que la infección por VIH se convierta en un padecimiento crónico aunque aún no sea curable.

## ¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?

Existen tres vías de transmisión: la más común es la sexual, a través del contacto íntimo con las secreciones corporales que puede darse durante la penetración sin protección, ya sea vaginal o anal. La segunda vía es la sanguínea, que se presenta durante las transfusiones con sangre contaminada (en México se supone que este riesgo es mínimo ya que desde 1987 existe un control de la sangre suministrada). También se puede transmitir el VIH si se comparten jeringas o navajas o si se utilizan instrumentos quirúrgicos, odontológicos o agujas de ta-

tuaje que no hayan sido debidamente esterilizados. Además existe la vía perinatal, de una madre portadora a su hijo durante el embarazo, parto o lactancia. ¿CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIH?

El VIH no se transmite por el contacto casual, saludar de mano, besar, acariciar, compartir vasos, utensilios, servicios sanitarios o bañarse en albercas con personas portadoras del virus. Los mosquitos, insectos y animales domésticos tampoco transmiten el VIH.

## ¿QUIÉNES SON LOS MÁS PROBABLES PORTADORES DEL VIH?

Cualquier persona que haya sido transfundida antes de 1987 en México, que comparta jeringas con otras personas o que tenga relaciones sexuales sin protección puede tener el VIH sin importar cual sea su preferencia o tipo de práctica sexual.

## ¿SE PUEDE SABER A SIMPLE VISTA QUIÉN TIENE SIDA?

No. Para determinar si alguien vive con el virus de la inmunodeficiencia humana, se requiere realizar una prueba de laboratorio denominada ELISA. Si ésta da un resultado positivo, significa que el organismo ha estado en contacto con el VIH, pero en este caso, para evitar la posibilidad de un resultado falso positivo se acostumbra realizar una segunda prueba confirmatoria denominada Western Blot. Un resultado positivo a este examen confirma la presencia del VIH en el organismo. Recordemos sin embargo que portar el VIH no significa tener sida, ya que los síntomas pueden tardar de dos a quince años en manifestarse.

## ¿ES ÚTIL EL CONDÓN PARA EVITAR LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH?

Cuando se utiliza de manera adecuada la eficacia del condón es cercana a 100 por ciento. Para ello hay que tomar en cuenta que el condón, así como su envoltura estén en buen estado, para evitar que se rompa. Asimismo, hay que saber colocarlo adecuadamente, desenrollándolo hasta la base del pene erecto y retirándolo inmediatamente después de la eyaculación para que el semen no se derrame en el interior de la pareja •



Del 3 al 6 de diciembre se realizó en Lima, Perú, la V Conferencia Panamericana de Sida. En la reunión de "Acceso a Tratamientos" organizada por Onusida, el FrenpaVIH cuestionó a las autoridades de Conasida, los criterios por los cuales serán seleccionadas las personas que viven con VIH/sida que serán las primeras beneficiadas con el presupuesto, 30 millones de pesos, anunciado el pasado 1 de diciembre por el doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, para constituir un Fideicomiso (Fonsida) para la compra de medicamentos. Se solicitó a los representantes gubernamentales mexicanos, que no exista ningún tipo de preferencias sobre los grupos afectados. El Fonsida debe tomar en cuenta como criterios prioritarios los aspectos clínicos y sociales. Esperamos que lo señalado por el doctor De la Fuente ("No podemos de ninguna forma ser excluyentes. Gobierno y sociedad civil deben concertar para hacer del fideicomiso un proyecto que realmente dé beneficios a los que más lo necesitan") se cumpla cabalmente.

En forma paralela, hubo reuniones satélite importantes como la organizada por la Red Global de Personas que Viven con VIH (GNP+). En esa reunión se recomendó a las ONG y a las organizaciones de personas que viven con VIH/sida, desarrollar un activismo que incluya el cabildo, la organización de los demandantes, los encuentros con representantes del gobierno, manifestaciones, plantones, denuncias públicas y la utilización de los recursos legales para exigir a los gobiernos el acceso de todos a los medicamentos. El FrenpaVIH informó de lo logrado en beneficio de los derechohabientes del IMSS e ISSSTE en materia de acceso y abasto de medicamentos. El FrenpaVIH informó de lo logrado en beneficio de los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE en materia de acceso y abasto de medicamentos. Se enfatizó que los esfuerzos hoy se concentran en obtener medicamentos para los que no tienen seguridad social y en mejorar la calidad de la atención médica •

Comisión de Comunicación y Prensa/FrenpaVIH  
Domicilio provisional: Calle 19 N°75. Col. San Pedro de los Pinos. 03800, México, D.F. Tel.: (5)515-7913. Fax: 273-3807. Tels./Fax: (5)515-4214 y 538-7400.

CONSEJO NACIONAL PARA LA CULTURA Y LAS ARTES

# ART ZOYD

Palacio de Bellas Artes

Enero / 20:00 hrs.  
Lunes 26, *Nosferatu* - Martes 27, *Fausto*  
de Friedrich W. Murnau

Miércoles 28, *Häxan, La brujería a través de los tiempos*  
de Benjamin Christensen

INBA



De acuerdo con el director general del IMSS, Genaro Borrego Estrada, de los 85 mil millones de presupuesto, 9 mil millones se destinarán a la compra de medicamentos y material de curación •



# México: demasiado rico para ser pobre, demasiado pobre para ser rico

ENTREVISTA CON PETER PIOT, DIRECTOR DE ONUSIDA

En esta entrevista concedida a *Letra S* durante la V Conferencia Panamericana de Sida, celebrada en Lima, Perú, el doctor Peter Piot, director del programa de las Naciones Unidas para el sida (Onusida), habla del brusco incremento de casos de VIH en los países en desarrollo y de la necesidad de campañas de prevención efectivas para contener la expansión de la pandemia.

CARLOS BONFIL

¿A qué atribuye el brusco incremento de infecciones por VIH (hasta 16 mil diarias) en las estadísticas que Onusida reveló recientemente?

Hay dos razones que explican el aumento en las cifras, en los cálculos, del número de nuevas infecciones por VIH en el mundo. Antes que nada, lo que se ha hecho por primera vez es elaborar un cálculo detallado, país por país, en todo el mundo, del avance de la infección. Esto no se había hecho nunca. Antes, los cálculos se hacían a través de las extrapolaciones de unos cuantos países hacia todo un continente. Lo que se ve ahora es un cambio en la metodología. Nos dimos también cuenta de que había serias subvaloraciones, particularmente en África. En países grandes como Nigeria no se habían hecho cálculos, y allí viven más de 100 millones de personas, lo que cambia mucho las cosas; tampoco en Sudáfrica o en Zimbabwe. En Asia, la epidemia acelera su avance. La India es el país que cuenta con el mayor número de personas infectadas, probablemente cerca de 5 millones de casos. Cualquier cosa que suceda en Asia adquiere hoy una dimensión especial, debido al número de personas que viven en ese continente. En la India, 950 millones; en China, 1.3 billones.

¿Qué sucede entonces con la prevención? ¿Por qué no son eficaces las campañas preventivas en los países en desarrollo?

Primeramente quiero decir que la prevención funciona. Los esfuerzos de prevención sí marcan una diferencia. Lo hemos visto en países ricos, pero también en naciones pobres, como Uganda y Tailandia, donde se advierte un descenso en el número de infecciones. Y es importante señalar esto, porque generalmente la gente se desalienta y dice: "Esto nunca cambiará. De nada sirven la educación, la información, la prevención, las campañas, siendo la gente como es, y sobre todo siendo como son los hombres". Esto no es cierto. En segundo lugar, tenemos que considerar, en cada país, cuáles son las personas mayormente expuestas al riesgo de contraer el VIH, cuáles las más vulnerables, porque ésta es una epidemia que tiene que ver no sólo con el comportamiento sexual, sino con el contexto social en que se da dicho comportamiento —un contexto en el que se da lo que en Onusida llamamos la vulnerabilidad. Gente a la que se discrimina o margina en la sociedad, por ejemplo, el caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres. En muchas sociedades esto se reprime mucho, incluso oficialmente. Estos son grupos que requieren de mucha atención. Hay que reconocer primero la existencia de esos grupos, y esto incluye, en algunos países, a los usuarios de drogas intravenosas. Una vez conscientes de su existencia, debemos realizar esfuerzos especiales, pero bajo la condición de que dichos esfuerzos no se dirijan a esos grupos en forma segregacionista o policiaca, sino en el sentido de una educación y una prevención específicas. Y no sólo para reducir el riesgo del contagio por VIH sino



Giacca, Antonio Bignardi

también para asegurar que la sociedad no estigmatice y excluya a esos grupos.

¿Qué impacto pueden tener las recomendaciones de Onusida en países donde la presión de grupos religiosos o ultraconservadores, y la inercia de los gobiernos, impiden la instrumentación de políticas eficaces de prevención?

Una de las tareas más importantes de Onusida es tratar de convencer a los gobiernos, a los políticos y a los jerarcas religiosos de la importancia de la prevención. Hoy recibimos, en forma de libro, un informe del Banco Mundial en el que se ofrece el mismo mensaje. Allí se dice que es responsabilidad de los gobiernos hacer frente a la epidemia y asegurar que aquellas personas con mayor riesgo frente a la misma se beneficien de estos programas de prevención. Esto es muy importante, pues el Banco Mundial habla con una autoridad mucho mayor que la de cualquier otro organismo internacional. Algo también capital es que los grupos religiosos, en particular los católicos, que a menudo representan un gran obstáculo para la prevención del VIH, se conviertan en aliados. Y yo creo que esto es posible. La mayoría de los grupos religiosos, o iglesias, no representan un bloque homogéneo o monolítico. Tenemos aliados en todos los grupos religiosos. ¿Qué religión puede desear ver a todos sus fieles morir por una epidemia?

¿Por qué la ayuda de organismos internacionales como Onusida, o los préstamos del Banco Mundial a países en desarrollo, se destinan a la prevención general y rara vez a las intervenciones específicas en grupos con alto riesgo de infección?

Hacer eso requiere de decisiones políticas importantes y también difíciles, porque dichas intervenciones no son bien vistas por la población en general. Hay que pensar en varias cosas: una de ellas, es comprender que una cosa no excluye a la otra. Me parece que es también importante dirigirse a la gente joven. No se trata de atender a un usuario de drogas o a un hombre que tiene sexo con otro hombre, excluyendo a la demás gente. Los gobiernos deberían estar conscientes de que en la sociedad, en la

población, se dan muchos cambios, que no siempre son muy evidentes o muy organizados, y que los beneficios de los programas de prevención debe recibirlos toda la gente, sin exclusiones. Son muchos los hombres que tienen sexo con otros hombres y que también lo tienen con mujeres, y para muchos gobiernos, y mucha gente, no es fácil reconocer este hecho. Pero sabemos que la bisexualidad es una realidad. No querer lidiar con eso coloca a los gobiernos en una situación difícil en relación con el conjunto de la población. ¿Cómo cambiar todo esto? Es preciso enfrentar esa realidad, y cambiarla, a través de presiones políticas y de activismo. Esto es esencial en una democracia.

¿Cómo promover el uso del condón en países en desarrollo donde los gobiernos no adoptan al respecto una política decidida y vigorosa?

Nuestra posición es muy clara. Promover el uso del condón es una parte absolutamente esencial en la prevención del VIH. El condón salva vidas. No hay duda de ello, tenemos evidencias irrefutables. Me resulta difícil comprender cómo las personas religiosas que proclaman el amor al prójimo y el bienestar general, pueden oponerse a una medida que puede salvar vidas. ¿Qué tan lejos pueden llegar los grupos conservadores? Yo creo que muy lejos. Esto depende de las relaciones de fuerza en el interior de un país. No podemos hacer mucho en tanto extranjeros, en tanto organismo internacional, en situaciones de este tipo. Lo que comúnmente sucede es que cuando las cosas se agravan, y la epidemia adquiere un perfil inquietante, esas gentes se vuelven más razonables, pero para entonces el mal ya está hecho y es demasiado tarde.

En materia del acceso a tratamientos muy costosos, es primordial la ayuda de organismos internacionales a países en desarrollo. Pero ¿qué hacer cuando un país como México deja de recibir esa ayuda por considerársele, erróneamente, un país desarrollado?

La cuestión es complicada pues se trata de un financiamiento que proviene de donaciones laterales, del sistema de las Naciones Unidas, la institución Bretton Woods, el Banco Mundial, etcétera. De hecho, muchos países en América Latina se han graduado, han pasado de ser países en desarrollo a ser ahora naciones con un alto desarrollo económico. Y esto representa un problema. La situación en que se encuentra México es paradójica: Demasiado rico para ser pobre, y demasiado pobre para ser rico. Para nosotros esto también representa un problema, porque el dinero que recibimos en Onusida proviene de organismos de donadores, los cuales nos dicen que debemos emplear los recursos en países oficialmente clasificados como naciones en desarrollo. Esto quiere decir que uno debe encontrar otros mecanismos de financiamiento para la terapia y cuidado de los enfermos. Y hasta el momento no tenemos una solución para eso. Ayer tuvimos un simposio por satélite con el tema de acceso a los tratamientos y discutimos con la gente de esta región (Latinoamérica) sobre lo que se podía hacer al respecto. Y en mi opinión, lo que debemos hacer es negociar con las industrias farmacéuticas por precios más bajos, y esto es posible hasta cierto punto, y aunque las reducciones no harán que el producto sea barato, sí será un poco menos caro. Lo que también estamos discutiendo es la posibilidad de que varios países en la región unan sus esfuerzos para lograr esto. Con todo, es preciso encontrar el mecanismo idóneo, y debo admitir que en Onusida aún no tenemos una solución. Estamos trabajando a partir de varias propuestas, pero sólo contribuiremos a conseguir parte de la solución, no toda la solución.

JAVIER HOURCADE

Las personas que vivimos con VIH/sida padecemos las estadísticas. Los números no nos representan ni tampoco representan nuestra realidad: únicamente nos confieren invisibilidad. Es difícil, cuando no imposible, encontrar al género humano cuando lo tapamos con la compulsión científica de cuantificar la vida, la salud y la enfermedad. No nos faltan datos para levantar gráficas y poder sentarnos a discutir, como lo hacemos habitualmente, con otros especialistas del tema VIH/sida, intercambiando números hermosos. Pero nosotros, los que vivimos con la enfermedad, trabajamos en grupos y redes, y defendemos el derecho a no perder nuestra identidad e individualidad en manos de las estadísticas. Sabemos que éstas pueden convenir en el marco de una propuesta para solicitar dinero a un financiador, pero también sabemos que están tan alejadas de la realidad, de nuestras realidades, como muchos de quienes las sostienen y promueven. A estas alturas de la historia del sida, nuestra sola existencia demuestra las limitaciones de las ciencias exactas cuando intentan hablar de la vida. A mí y a decenas de compañeros, los médicos mostraban en 1987 gráficas a cuatro colores, editadas algunas por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, donde podía yo observar la progresión de mi enfermedad. Con calculadora en mano, podía saber que en seis meses podía desarrollar sida, y en doce, morir por una serie de infecciones oportunistas. A diez años de estos obscenos cálculos matemáticos, parece ser que se equivocaron.

Con estimaciones estadísticas aún más irrealistas y peligrosas, los administradores de la salud ajena calculan (y se equivocan) acerca de cuántas personas viven en sus países con VIH/sida, justifican o no la compra de medicamentos, la provisión o no de métodos de seguimiento, los presupuestos, nuestras necesidades, su ineficacia, y nuestras muertes.

Siguiendo el modelo pseudo-neoliberal que como una epidemia ha contagiado a todos los sistemas de administración de la salud pública en Latinoamérica, todo se transforma en una relación costo-beneficio. Todo tiene un precio. Hay un precio para la cama del hospital, para cada pastilla y reactivo. No se han atrevido todavía a fijar un precio para la vida humana. Tampoco se animan a fijarle un precio a su incompetencia y a su desidia.

Es importante señalar que en Latinoamérica existe una minoría de personas que viven con VIH/sida, frente a una gran mayoría de gentes que sobreviven o mueren por VIH/sida. Vivir hoy con VIH sólo es posible con un diagnóstico adecuado y un seguimiento médico, con información fluida y asesora-

## VIH en Latinoamérica: los costos de la incompetencia

miento, con el acceso a conteos de CD4 y a medicamentos periódicos de las cargas virales, con tratamientos para las infecciones oportunistas, con derecho a la confidencialidad, al trabajo y a la no exposición a cualquier forma de discriminación. Esto es vivir con VIH. Las personas con VIH estamos expuestas cotidianamente a un sistemático genocidio debido a la irresponsabilidad y a la negligencia de los funcionarios de nuestros países, quienes escudados en la falta de presupuesto y en la falta de políticas, resultan más letales para nosotros que el propio virus de la inmunodeficiencia humana. ¿Cómo se reduce esto a gráficas? ¿Cómo se calcula? ¿Cómo se cobra?

A pesar de nuestra gran diversidad cultural, a los países latinoamericanos nos hermana el padecer formas similares de subdesarrollo y pobreza. Nuestra región padece problemas endémicos anteriores a la aparición del sida. Uno de ellos es el hambre. Un pueblo que padece hambre y violencia no es el más receptivo para estrategias e intervenciones de prevención primaria y secundaria en sida y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Ningún tratamiento antirretroviral funciona o funcionará en estómagos vacíos.

Como científicos, activistas y comunidad movilizada, debemos asumir la responsabilidad de incluir todos los factores sociales, económicos y culturales en nuestro discurso. De otra manera corremos el riesgo de parcializar nuestro trabajo, poniendo en serio peligro el resultado de nuestras acciones. Quienes venimos de los contados países latinoamericanos en los que el acceso a tratamientos y cuidados a personas con VIH/sida se está transformando en una realidad concreta, sabemos que las posibilidades y oportunidades de vivir con VIH pasan a ser: Una ecuación geográfica, porque se reducen a medida que el lugar de residencia de estas personas se aleja de las grandes capitales.

Una ecuación económica, porque se reducen a medida que el nivel socioeconómico de estas personas baja.

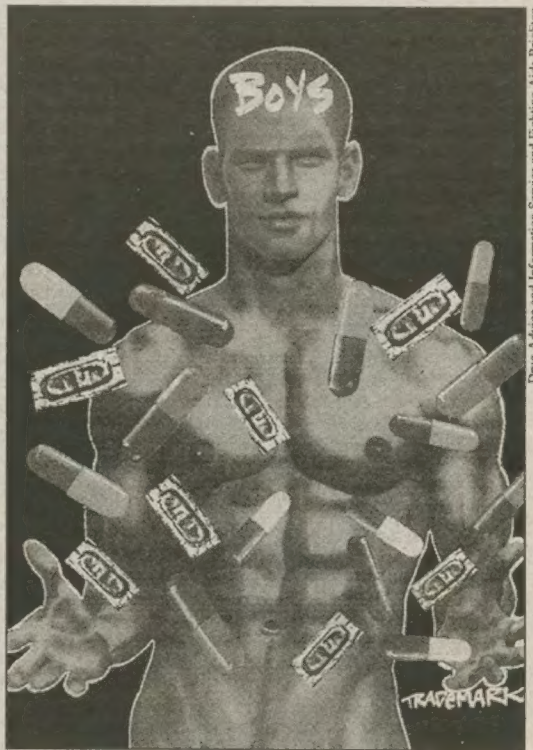
Una ecuación política, porque todo lo obtenido no ha sido producto de la generosidad o responsabilidad de nuestros estados, sino respuesta a las demandas y a la movilización de las personas que viven con VIH/sida y del resto del sector comunitario.

Falta mucho camino por recorrer, la mayoría de nuestros países hermanos no cuentan con los tratamientos, cuidados y derechos más elementales. Y en aquellos países donde algo se ha conseguido, no

hay garantía alguna de continuidad, como tampoco de conseguirlos para el conjunto de la población que más los necesita.

Lo poco o mucho que se ha conseguido ha sido en respuesta a nuestro activismo y en ello radica la clave de nuestro futuro. Como lo ha dicho repetidamente un grupo de compañeras argentinas, las Madres de la Plaza de Mayo: "La única lucha que se pierde es aquella que se abandona" •

Transcripción parcial de la ponencia presentada por Javier Hourcade de la Red Global de Personas viviendo con VIH/sida en la V Conferencia Panamericana de Sida. Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre.



Drug Advice and Information Service and Fighting Aids Britain

## De las razones de un funcionario

En agosto, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), invita al doctor Saavedra a realizar un estudio sobre el "Impacto económico del sida en México", y posteriormente, en julio de 1997 a ingresar a esa institución como Director de coordinación. A pesar de la polémica que provocó la publicación del estudio, pues muchos activistas de lucha contra el sida, así como personas que viven con el VIH, consideraron que los resultados habían sido arreglados para justificar que el gobierno no proporcione los medicamentos contra el VIH a la población que los necesita, él no estaba dispuesto a revelar públicamente que comprendía muy bien la angustia por el acceso a los medicamentos, por vivirla él mismo en carne propia.

Cuando el pasado mes de noviembre, salió publicada una nota en la prensa que en grandes titulares decía: "Sería inmoral que el gobierno diera los medicamentos contra el VIH porque estos son muy caros y además no sirven", el doctor Saavedra decidió que era el momento de enfrentar el problema abiertamente. Junto con al-

gunos destacados especialistas mexicanos, publica una carta desmintiendo las aseveraciones del doctor Manuel Velasco Suárez, hechas en su calidad de presidente de la Academia Mexicana de Bioética y aprovechando un espacio televisivo de alto rating (el programa de Nino Canón), el director de Coordinación de Conasida decide manifestar que no sólo creía en la efectividad de los medicamentos antirretrovirales, sino que él era uno de los ejemplos sobrevivientes de cómo éstos sí servían.

El doctor Saavedra considera que a la gran mayoría de las personas afectadas por el VIH/sida que carecen de seguridad social en México, les es casi imposible acceder a los nuevos tratamientos ya que requerirían erogar 250 días de salario mínimo sólo para adquirir la dosis de un mes. Lo más indignante, sin embargo, es que una persona con alta influencia en el sector salud considere "inmoral" dar los medicamentos. El gobierno de México, añade, sí puede absorber este costo, pero tiene que hacerlo necesariamente con recursos adicionales al sector salud. México, un país que no está en guerra, autoriza a través de su Congreso, el gasto para 1998 de más de 14 mil millones de pesos en recursos destinados a la Defensa y a la Marina. Jorge Saavedra pregunta indignado: "¿Acaso esto no es una inhumana pregunta mayor?" (Carlos Vázquez) •





Reunidos en Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre, funcionarios de salud, científicos, médicos y activistas de diferentes países del continente expusieron, en la V Conferencia Panamericana de Sida, los avances clínicos, preventivos y sociales del combate a la pandemia de sida en América Latina. La siguiente es una crónica de lo más relevante de dicho evento.

### V Conferencia Panamericana de Sida

## Avances clínicos y desafíos políticos

ALEJANDRO BRITO

El altar de la Basílica de San Francisco en Lima, decorado con un enorme listón rojo (símbolo de la lucha contra el sida), fue el escenario inusitado de la inauguración de la V Conferencia Panamericana de Sida y del XI Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual. Del 3 al 6 de diciembre, se reunieron en Lima, Perú, más de mil 300 médicos, científicos, funcionarios de salud, especialistas de diversas disciplinas sociales, activistas comunitarios y personas que viven con VIH o sida de Latinoamérica, Canadá y Estados Unidos. En el discurso inaugural, el Presidente Alberto Fujimori anunció tratamientos gratuitos para las madres gestantes que resulten positivas al virus que causa el sida, y para sus hijos. La presencia del mandatario peruano causó sorpresa entre los asistentes, porque, según se comentó, la mayoría de los jefes de gobierno de la región se han mostrado reacios a pronunciarse en torno al tema.

Fueron muchos los temas abordados desde las diferentes especialidades convocadas en esta Conferencia. Sin embargo, el tema central fue cómo poner al alcance de las personas afectadas por el sida los costosos medicamentos para combatirlo. Al respecto se presentaron dos posiciones encontradas: la de quienes anteponen razones económicas, basadas en el análisis de la relación costo-beneficio, para sostener que el Estado no tiene la capacidad financiera de cubrir la demanda de medicamentos antirretrovirales, y la de aquellos que, por el contrario, privilegian las razones éticas y concluyen que es una obligación moral de los gobiernos dar esos medicamentos. Como señaló el doctor Carlos del Río, ex coordinador del Conasida, en la plenaria final: "Lo que era un mero avance en el área clínica, es ahora un tema de debate político y un asunto de derechos humanos".

#### Entre los costos financieros y los humanos

Los resultados más alentadores presentados en Lima fueron los reportes clínicos que demuestran la eficacia terapéutica de los medicamentos inhibidores del avance del virus que causa el sida en el organismo. Varios trabajos mostraron los efectos benéficos sobre la calidad de vida de la mayoría de las personas VIH+ sometidas a terapias que combinan tres medicamentos diferentes, resultados que incluso permitirían medir el impacto favorable sobre la salud pública de los países que los suministran masivamente. Al respecto, el representante del gobierno brasileño sorprendió al anunciar que en la ciudad de Sao Paulo se logró disminuir 35 por ciento el número de muertes por sida en un año. Este país provee por ley y de manera gratuita los medicamentos que integran el llamado "coctel"



Cartel del Ministerio de Salud de Brasil

antiviral a todas las personas que en Brasil padecen sida. Dicha ley, que en su artículo primero dice: "Los portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermos de sida, recibirán gratuitamente, del Sistema único de Salud, todos los medicamentos necesarios para su tratamiento", fue aprobada, luego de un proceso de convencimiento de la opinión pública, por el Congreso Nacional y firmada por el Presidente Fernando Henrique Cardoso en noviembre de 1996.

En una de las reuniones más interesantes de la Conferencia de Lima, donde los representantes de los programas nacionales de sida de Argentina, Brasil, México, Colombia y Costa Rica expusieron sus políticas y acciones, la representante brasileña expuso que gracias a esa decisión política, el Sistema de Salud de aquel país ha logrado garantizar tratamientos a una población de 50 mil personas con sida a un costo de 300 millones de dólares y que la meta era alcanzar a cubrir a 100 mil afectados y que para ello se invertiría una cantidad superior a los 600 millones de dólares.

El enorme costo de estos tratamientos para los sistemas de salud pública latinoamericanos es el *quid* del debate. Los administradores de los presupuestos en los países de la región, han recurrido al cálculo económico para demostrar que desde el punto de vista de la relación costo-beneficio, un gasto de esa magnitud no es redituable. Javier Hourcade, de la

Red Global de Personas Viviendo con VIH/sida, en una de las sesiones plenarias, lo denunció de esta manera: "Siguiendo con el modelo pseudo-neoliberal que como una epidemia ha contagiado a todos los sistemas de administración de la salud pública en Latinoamérica, todo se transforma en una relación costo-beneficio. Todo tiene un precio. Hay un precio para la cama del hospital, para cada pastilla y reactivo. No se han atrevido todavía a fijar un precio para la vida humana. Tampoco se animan a fijarle un precio a su incompetencia y a su desidia".

Sin embargo, en algunos países como Brasil, Argentina y Costa Rica, la movilización de la opinión pública y la acción política de los propios afectados por el VIH han logrado derrotar los cálculos economicistas y establecer que es deber moral de los estados proveer esos medicamentos. El caso paradigmático es el de un enfermo en Costa Rica que por medio de un recurso de amparo abrió las puertas de la seguridad social, que hasta entonces no cubría el sida, a las personas afectadas por el VIH. Según el representante del Programa Nacional de Sida de ese país, el demandante argumentó que si el seguro social no le proporcionaba los medicamentos antirretrovirales "estaría violando mis derechos constitucionales con respecto al derecho a la salud y al bienestar". En respuesta, según el mismo relator, el seguro social presentó una serie de estudios socio-económicos que demostraban la imposibilidad para el país de asumir esa responsabilidad.

A pesar de la contundencia de estos argumentos, la sala constitucional falla en favor del demandante con un argumento superior e irrefutable: "La vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo el Estado a quien corresponde velar por la salud pública". Valorando el triunfo alcanzado en este proceso, el representante de Costa Rica se lamenta: "En lo personal no puedo decir que sea un gran honor reconocer que fue un logro de los abogados y que los médicos estuvimos ausentes".

Por su parte, la representante de Argentina, país que gastó 54 millones de dólares en la compra de los medicamentos antirretrovirales en 1997, subrayó que eso se logra "cuando existe verdadera voluntad política" por parte de la máximas autoridades, aunque reconoció que fue la acción política de los organismos no gubernamentales "lo que realmente hizo posible aumentar las partidas presupuestales para medicamentos".

En Argentina existe, desde 1990 una "Ley del sida" que permitió, al igual que en Brasil, aprobar en 1996 una ley que hace obligatorio para todo el sistema de salud el tratamiento para todas las personas con sida. Una de las funciones del propio Programa Nacional de Lucha contra el Sida es proveer de manera gratuita los medicamentos necesarios para tratar el sida en todos los centros de salud pública.

En contraste con los ejemplos anteriores, México se encuentra rezagado. El representante mexicano, el doctor Jorge Saavedra, director de coordinación del Conasida, informó que la cobertura de los medicamentos antirretrovirales en nuestro país sólo alcanza al 50 por ciento de los afectados (cubiertos principalmente por el Seguro Social), y que se necesitarían por lo menos 50 millones de dólares para cubrir al otro 50 por ciento que no cuenta con ningún tipo de seguridad social (más de 10 mil personas).

Mientras en otros países de la región, con niveles de producción y desarrollo similares, es el Estado el que ha asumido la responsabilidad de suministrar las terapias necesarias para combatir al VIH, en México el gobierno busca compartir esa responsabilidad con el sector privado y la sociedad en su conjunto. El proyecto de la Secretaría de Salud es la creación de un Fideicomiso (Fonsida, A.C.) con recursos públicos y privados de aportación voluntaria y semivoluntaria. Según Jorge Saavedra, los recursos serán destinados a la compra de medicamentos antirretrovirales para cubrir a la población con VIH/sida que no tiene seguridad social. Ya que, añadió, el coctel antiviral (la combinación de tres medicamentos) tiene un costo mensual equivalente a 250 días de salario mínimo.

El rezago mexicano también es jurídico. En los tres países mencionados se han promulgado leyes específicas que permiten la atención integral, incluidos los medicamentos, a los pacientes con sida. Como subrayó la representante de Argentina: "La fuerza de nuestro Programa Nacional de Sida reside en la claridad de las leyes que obligan al Estado a dar el tratamiento." En México, según explicó Saavedra, sólo existen guías de atención y normas oficiales sobre sida que no obligan a nada a nadie.

En su participación en una de las plenarias, el doctor Julio Montaner, de Canadá, afirmó que de acuerdo con su capacidad productiva, a algunos países latinoamericanos, incluido México, les costaría menos de 1 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) ofrecer los medicamentos. Porcentaje similar a lo que invierte Canadá, 0.5 por ciento, en el mismo rubro. Sin embargo, algunos participantes mostraron su preocupación sobre la capacidad de sus países para seguir financiando estos tratamientos. "Hasta ahora lo hemos podido hacer —afirmó la representante de Argentina— pero pensando en el largo plazo no podemos asegurar que esto continúe así." Cuestionado al respecto, Peter Piot, director del Programa sobre Sida de las Naciones Unidas (Onusida), se pronunció por negociar con las industrias farmacéuticas para que ofrezcan mejores precios, y dejó entrever la posibilidad "de que varios países de la región unan sus esfuerzos para lograrlo".

#### Vacuna, único modo de detener la pandemia

La preocupación no sólo fue sobre las limitaciones financieras de los países de este continente, sino también sobre el uso que se está dando en la región a las terapias antirretrovirales. Debido a la complejidad de las combinaciones de los medicamentos que integran el coctel

posibilidades del paciente y no esperar recetas de cocina válidas para todos los casos. Además, dijo, no se debe perder de vista el objetivo primordial: "disminuir la replicación viral tanto como sea posible por el mayor tiempo posible". En su conferencia titulada "¿Dónde estamos?", resumió así los avances logrados: "Diferentes estudios han demostrado que la presencia del VIH llega a niveles no detectables después de un promedio de 48 semanas de tratamiento en 70 por ciento de los casos tratados con un esquema múltiple (de tres o más antirretrovirales)."

A pesar de los avances terapéuticos con el uso de antirretrovirales, aún no se puede hablar de erradicación del VIH. Los estudios clínicos también han demostrado que como señaló la doctora venezolana Gloria Echeverría en la plenaria final, "después de tres años de terapia triple y baja carga viral, cuando se suspende el tratamiento la infección vuelve". Lo que significa que una persona que emplee estas terapias tendrá que tomarlas por el resto de su vida. Además, el llamado coctel antirretroviral no está funcionando bien en todos los pacientes y la resistencia viral a estos medicamentos es ya un problema creciente en Europa y Norteamérica. Por ello, un grupo de científicos, agrupados en la Iniciativa Internacional para la Vacuna Contra el Sida (IAVI por sus siglas en inglés), auspiciada por Onusida, el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y otras fundaciones internacionales, han señalado la necesidad de concentrar mayores recursos y esfuerzos en el desarrollo de una vacuna, porque "es la mejor solución para la pandemia", según señaló el director de ese organismo Seth Berkeley.

Por su parte, el doctor José Esparza, asesor del programa de vacunas de Onusida, en el mismo sentido afirmó: "Es más difícil cambiar la conducta sexual de las personas que encontrar una vacuna contra el sida. No hay cambio de comportamiento, no hay educación, no hay condón que pueda parar esta pandemia." Los integrantes de la IAVA informaron que, aunque las vacunas contra el VIH son la única tecnología capaz de detener la pandemia, la investigación de vacunas recibe cada año menos de 8 por ciento de los fondos mundiales asignados a la investigación sobre el sida. La iniciativa espera invertir de 2 a 4 millones de dólares con ese propósito y concediendo prioridad a las cepas del VIH prevalentes en los países en desarrollo.

A pesar de las dificultades, los expertos calculan que el desarrollo de una vacuna anti VIH será posible en diez años, aunque lo más probable es que se necesite más de una vacuna, según señaló el doctor Esparza.

### El costo de los medicamentos

■ El coctel antiviral (combinación de tres medicamentos contra el sida) tiene un costo equivalente a 250 días de salario mínimo por mes.

■ La cobertura de los medicamentos contra el sida en nuestro país sólo alcanza al 50 por ciento de los afectados. Para cubrir al porcentaje restan-

te, 10,256 personas, se requeriría un presupuesto de 370 millones de pesos anuales.

■ En Sao Paulo, Brasil, gracias al suministro gratuito y masivo de los medicamentos contra el VIH, se logró disminuir 35 por ciento la mortalidad por sida.

#### Prevención: reparando los daños

No sólo la pandemia del VIH se ha expandido por Latinoamérica (se calcula en 1.6 millones las personas infectadas), también las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han vuelto a cobrar importancia en la región, en particular entre las y los adolescentes. Al respecto, el doctor King Holmes, calificó la situación como "muy mala", porque médicos, farmacéuticos y boticarios siguen recomendando tratamientos no adecuados, como la penicilina, para tratarlas. "La penicilina es una droga inútil", alertó y recomendó capacitar y actualizar al personal médico de la región en el manejo de estas enfermedades.

Por otro lado, se ha demostrado que las ETS aumentan el riesgo de transmisión del VIH. En este punto, el doctor Michael E. St Louis afirmó que el tratamiento y la detección temprana de las enfermedades sexualmente transmisibles es una estrategia preventiva muy eficaz para reducir la transmisión del VIH. Recomendó realizar labores preventivas entre las personas que acuden a tratarse una enfermedad de este tipo, por medio de la consejería y la prueba de detección de anticuerpos al VIH.

En cuanto a la transmisión perinatal del VIH en la región, quedó claro que a pesar de que algunos países han llevado a cabo políticas de detección masiva del VIH en las mujeres embarazadas para reducir el riesgo de transmisión a sus bebés, dista mucho de ser una política regional de prevención. Y esto se debe en parte a las condiciones de vulnerabilidad en que viven las mujeres latinoamericanas. En la Conferencia se informó que un alto porcentaje de mujeres gestantes tienen su primer contacto con el sistema de salud en el momento del parto. Como dijo Sandra Arturo D'Uries, mujer colombiana que vive con VIH: "Frecuentemente las mujeres descubrimos que estamos infectadas cuando nuestros esposos fallecen y cuando nuestros hijos nacen y se enferman."

De los trabajos preventivos más innovadores que se presentaron en la Conferencia fue el sistema de distribución de cupones entre las trabajadoras sexuales de la ciudad de Managua para recibir atención médica gratuita. Los cupones, informó Caridad Villabla en una mesa redonda, fueron muy bien aceptados, "lo que garantizó que más de mil mujeres de las 1,500 estimadas recibieran atención médica a un costo más bajo que el del sector público".

Una de las críticas más fuertes a las políticas preventivas seguidas por los gobiernos de la región, la expuso un grupo de representantes de la comunidad gay latinoamericana. En uno de los coloquios mostraron los resultados de una consulta regional en donde piden una revisión de los datos epidemiológicos de la región porque, según afirmó Jeffrey Stanton de Colombia, "aunque se habla de heterosexualización de la pandemia, la población más afectada sigue siendo la de los hombres que tienen sexo con hombres". En América Latina, lo secundó Luis Gauthier de Chile, 80 por ciento de los hombres afectados por el sida son gays. "Y no hay proporción de la ayuda financiera y de otro tipo con esta realidad." Por lo que solicitaron se aumente el porcentaje de la ayuda en prevención a esta población.

La pandemia del sida en Latinoamérica, y en general en los países no desarrollados, ha seguido el curso de la vulnerabilidad social, es decir ha afectado mayormente a las poblaciones más desprotegidas de la sociedad: trabajadores migrantes, amas de casa, niñas y niños de la calle, trabajadoras sexuales, homosexuales, usuarios de drogas. Lo que ha hecho el VIH en estos sectores es incrementar su vulnerabilidad. Al respecto, la trabajadora social Silvia Panebianco, lanzó en una de las plenarias de la Conferencia de Lima el siguiente reto: "¿Podemos reducir la vulnerabilidad social o vamos a tener que seguir reparando los daños? La moneda está en el aire •"

En la clausura se informó que la sede de la próxima Conferencia Panamericana de Sida será en Río de Janeiro en diciembre de 1999.



## El sida y las exigencias personales

ENTREVISTA CON EL CINEASTA MARLON RIGGS

De 1989 a 1994, Marlon Riggs realiza una serie de documentales políticos sobre la experiencia de ser afroamericano, gay y seropositivo en Estados Unidos. En sus películas, el director explora los efectos de la homofobia y el racismo, los sentimientos de culpa y frustración que a menudo empañan la sexualidad de las personas que viven con VIH/sida, y la necesidad de oponer al silencio de las mayorías y los gobiernos, el combate de las voces comunitarias. Marlon Riggs, realizador de *Tongues Untied*, *Black is, black ain't*, *Color adjustment* y *No regrets*, fue también profesor de documental y video en la Universidad de Berkeley, California. Murió en 1994 a la edad de 37 años.

THOMAS AVENA

En el proceso de la enfermedad, ¿cómo cambió la forma en que pensabas tu cuerpo? ¿Viste esos cambios como una liberación voluntaria del control de la mente?

Había comenzado a cambiar antes de ponerme enfermo, eso es, antes de ingresar al hospital. Me sentía decaer, y eso podía verlo sobre todo en mi cuerpo, más allá del conteo de células T o de mis resultados de laboratorio. Podía ver, físicamente, que perdía algo, que algo de mi mente comenzaba a disminuir, que perdía peso. Antes tenía cierta musculatura porque iba tres o cuatro veces por semana al gimnasio. Ahora me veía en el espejo y mis brazos comenzaban a verse huesudos, y mis nalgas empezaban a verse flojas. Perdía la definición que durante años tuve de mi torso. Durante un tiempo lo atribuí a una falta de disciplina en el entrenamiento, pero aun cuando hacía ejercicios, no recuperaba el tipo de energía de la que antes había gozado.

Por la que habías luchado...

Exacto. Luchar se había vuelto parte de mi imagen y fuente de mi autoestima.

Eso es en cierta forma un ideal homosexual: querer ser tan bello y bien proporcionado y fuerte, como sea posible.

Ser Mandingo, si eres afroamericano, o Adonis, si eres blanco. Esa era mi ambición y lo logré. Luego de pronto, contra mi voluntad, comencé a perderlo todo. Comenzaba a sentirme muy cansado. Me costaba trabajo digerir la comida. Así que antes de enfermar, sentí que algo le sucedía a mi cuerpo, y eso me advertía de cambios en mí. Sentí que mi cuerpo me estaba traicionando y lo ví como una entidad separada que ahora tendría una voluntad propia; que ya no estaría sujeta a mi disciplina y manipulación. En cierta forma me sentí divorciado de mi cuerpo. Es como si lo observara en caída libre, y aun cuando quisiera hacer algo para evitarlo, no podía. Hubo cierto distanciamiento tranquilo, y pensé, ahora ya está aquí, el virus.

De regreso ahora del hospital a casa, ¿te has reconciliado con lo que le sucede a tu cuerpo, o sigues luchando, odiándolo?

Es todo un proceso ahora. Estoy aprendiendo a sentirme a gusto con mi cuerpo, a medida que cambia, a partir de esos mismos cambios. Y toma tiempo aprender a caminar de nuevo, y de forma muy distinta a como lo hacía antes de enfermarse; aprender hasta qué punto puedo hacer cosas durante el día sin provocarme mucho estrés. Antes tenía mucha más energía, podía caminar mucho sin cansarme, hacer una siesta de diez minutos y sentirme fresco las cinco o seis horas siguientes. Ahora ya no. He tenido que aprender a no sentirme frustrado con estos cambios, a seguir de nuevo a mi cuerpo y atender sus necesidades. Y descansar cuando me siento muy cansado, y hacer todo lo que quiero hacer cuando tengo energía.

Con menos energía ahora, ¿sientes que se ha alterado tu perspectiva artística?

Estar cansado la mayor parte del tiempo ha incrementado el aspecto creativo de mi vida. Antes, la energía creadora era difusa. Durante el día, en mi vida en general. Ahora sé, por ejemplo, que al levantarme a las cinco de la mañana tendré de tres a cuatro horas de energía intensa, y durante ese tiempo puedo trabajar. Me concentraré mucho. Ya no tengo que ir de un lado a otro, de la computadora al guión, para decidir cuál será mi siguiente paso. Esta concentración no la tenía antes.

Me imagino que el tiempo es ahora sagrado.

Lo es, y eso es maravilloso porque es sagrado, es decir, puro. Es algo también muy inocente, porque ya no me corrompen pensamientos externos, o ansiedades y preocupaciones. Sólo quedamos el trabajo y yo en un vínculo limpio y muy estrecho.

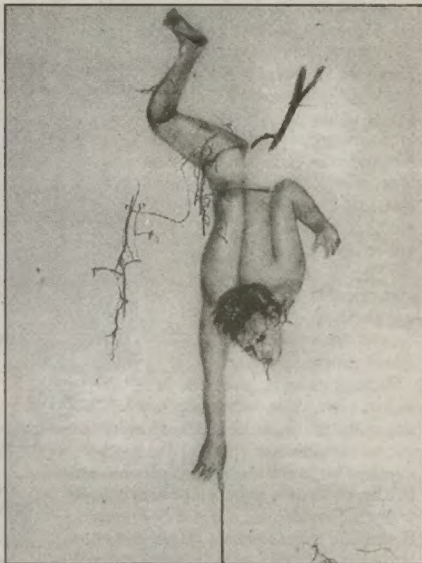
Se diría un estado de bendición, luego de meses de pesadilla.

Bueno, esa ha sido una de las bendiciones de la enfermedad, si es que hay alguna. Después de la devastación de este padecimiento y la sensación de no tener ya control, de estarlo perdiendo, llegar a un punto en el que veo surgir algo de la nada, de un vacío, y ese algo es el trabajo, lo que estoy creando, y el control que tengo sobre él. En cierta forma es un regalo del cielo. Audre Lorde dice que uno gana fuerzas luego de haber confrontado a la muerte y no haberse dejado consumir por ella. Es entonces cuando vencemos el mayor de los miedos.

## Crónica sero

Vete a jugar al Nintendo, le digo mientras el cólico casi me arranca la lengua. Pero él sigue allí, imperturbable en su propio horror, como memorizando cada preciso fragmento de la realidad que quién sabe de dónde vino a rajarle las navidades.

Agua somos y en agua me convierto en cada evaluación. En la onceava visita al baño me decido a ir al hospital. Ni el Imodium ni los sueros de agua de arroz pudieron con este episodio. En urgencias se me canaliza, se me encama y se me da el pasaporte



¿Crees que tu evolución artística habría sido muy diferente de no ser seropositivo?

A menudo he pensado que no sería tan obsesivo con mi trabajo y que me daría tiempo para disfrutar otros aspectos de la vida —la compañía de mi amante, tiempo con mi familia, más tiempo para leer, para estar con amigos, para caminar por el parque. Quisiera creer que esas son las cosas que definen la vida, cuando es buena. Podría disfrutarla más. Saber que era seropositivo aceleró la necesidad de crear ahora, de hacer todo a un lado. La posibilidad de no ser seropositivo, de no tener sida, significaría finalmente poder disminuir el ritmo. Probablemente haría menos trabajo en el mismo lapso de tiempo. Pero eso estaría bien. Sería como todo mundo. No tendría que ser esta persona en este molino tratando de incrementar la velocidad todo el tiempo. Vivir esta enfermedad, vivirla realmente y no sólo sobrevivirla, significa de alguna manera estar comprometido con ella. Y bien puede ser que no sea el sida con lo que estás directamente comprometido, sino con todas las diversas luchas que son parte de la vida y del ser humano. Esa lucha puede producir trabajo que significa algo para ti y para los demás. El sida agilita la necesidad, el impulso, de extraer de nuestra mente ese trabajo que tendrá resonancia para otra gente. Al mismo tiempo, entre más rápido se da el proceso, más pierde tu mente lo que requiere para poder sobrellevar las cosas. Por ello me parece que a la vez vives y mueres, y que no hay en ello nada extraño, excepto que ahora lo experimentas de manera muy concreta. Vivir y morir es algo simultáneo. Constantemente nos sentimos disminuidos por lo que en la vida nos agranda, y es esta aparente contradicción la que define el significado fundamental de la existencia •

Tomado parcialmente del libro *Life Sentences: writers, artists and Aids*. Ed. por Thomas Avena; Mercury House, San Francisco, 1994. Traducción. Carlos Bonfil.

a un cuartito con vista al parque.

Doce horas después ya estoy reintegrado al mundo de quienes viven sin botellas de glucosa insertadas en la vena. Mi hijo sabe que estoy rehidratado y desde su fortaleza de diez siglos me envía la advertencia de que me requiere con él y sus primos esta Noche Buena. El médico se compadece y me libera. Me dispongo a partir, pero antes mi mujer cobra venganza contra el enfermero aquel que me hizo el fuchi. Entre chismes y carcajadas termino de vestirme cuando Abel trae el periódico y lee el encabezado. Cuarenta y cinco mujeres y niños sacrificados en Chiapas. La ponzoña se vuelve a derramar en mis adentros •

## La virginidad y la ética de la igualdad sexual

A Reuben, por su luz  
Virgencita, virgencita:  
Tú que concebiste sin pecado,  
déjame pecar sin concebir.  
Tomado de un baño de la UAM-Xochimilco.

ANA AMUCHASTEGUI

Durante estas fechas nos vemos rodeados de imágenes de la Sagrada Familia, de nacimientos y Niños Jesús, de Virgenes Marías que nos hacen recordar la creencia católica de la Inmaculada Concepción, es decir, de que Jesús fue concebido sin que mediara relación sexual alguna, por lo cual nació sin la marca del pecado original, de la cual ninguna otra persona se ha salvado. Implícita en esta creencia está la noción de que la práctica y el placer sexual son pecado. De modo que si la sexualidad forma parte de nuestra naturaleza imperfecta y terrenal, el enemigo se encuentra dentro de nosotros mismos y estamos siempre en riesgo de caer en falta. Hemos, pues, de desconfiar de lo que suponemos nuestra esencia. Ya que inevitablemente tendemos a pecar, la Iglesia Católica creó el matrimonio indisoluble como una concesión para que podamos expresar lo sexual y, de paso, para controlarlo con mayor eficacia.

Virgen, madre, reina doméstica

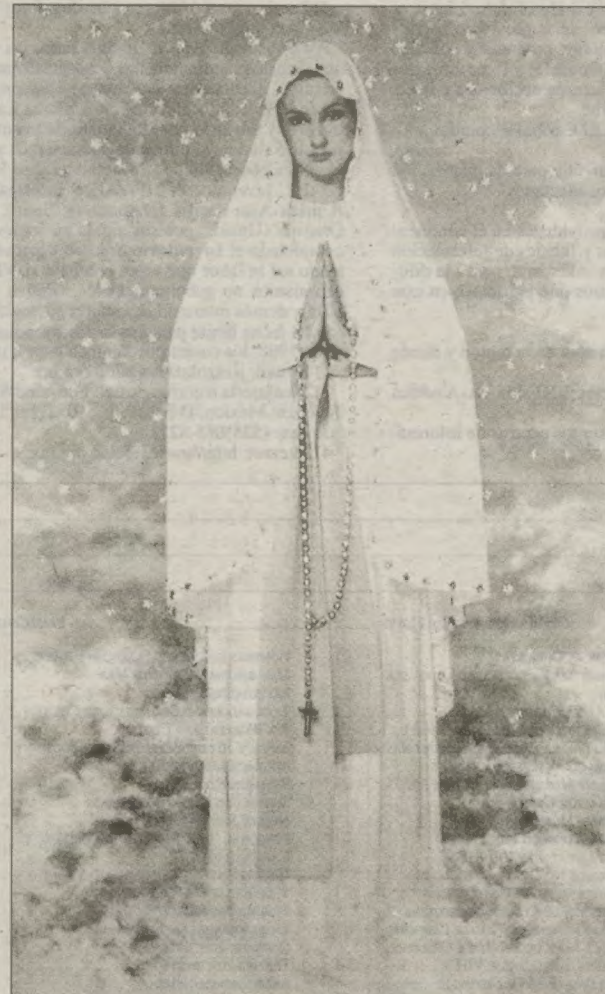
Una de estas estrategias de control es la valoración excesiva de la virginidad de las mujeres —que no de los hombres— antes del matrimonio, para lo cual se erigió precisamente a la Virgen María como el modelo único de la femineidad. En países católicos, la identidad femenina se ha hecho equivalente a las características de María: virgen, madre y reina —aunque sea del deteriorado hogar y como compensación a la abnegación y entrega de las mujeres en las labores domésticas y de crianza.

Muchos podrían decir que hoy en día los comportamientos sociales asociados a estas premisas ya no son operantes debido al ingreso de nuestro país a la "modernidad" y a la secularización que el estado y la cultura mexicana han sufrido en los últimos dos siglos. Los discursos del catolicismo chocan de frente con los saberes especializados de la sexología y la psicología, que enuncian la naturalidad de la sexualidad de hombres y mujeres por igual. ¿Hasta qué punto, entonces, son todavía vigentes los valores sexuales del catolicismo, no sólo en las conciencias y las palabras de los sujetos, sino también en sus acciones?

Un estudio reciente<sup>1</sup> realizado con jóvenes de Oaxaca, Guanajuato y del Distrito Federal, muestra que existe una relación ambigua y compleja entre los discursos y las prácticas sexuales, pues del dicho al hecho hay un gran trecho cuando se trata, por ejemplo, de conservar la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio.

Las once participantes de la investigación concordaban en que la virginidad de las mujeres es importantes, pero desde diferentes puntos de vista: las jóvenes del Distrito Federal protestaban contra el valor que los hombres otorgan a la inexperiencia femenina, mientras que las jóvenes del interior parecían hacer propia la prohibición. En todo caso, ocho de las mujeres entrevistadas habían tenido relaciones al momento de la conversación, pero solamente tres de ellas eran vírgenes cuando se unieron a sus parejas actuales. De las cinco mujeres que se iniciaron antes del matrimonio, cuatro lo hicieron en relaciones ocasionales.

La desobediencia tuvo diferentes matices en función del contacto de las entrevistadas con diversos



discursos modernos sobre la sexualidad y la igualdad. Mientras que las participantes capitalinas cuestionaban abiertamente la norma que prescribe la virginidad femenina, las mujeres de las comunidades rurales del interior aceptaban este mandato, cuando menos en el discurso. Lo curioso es que, a pesar de hacerlo suyo, de todas maneras lo desafiaron y tuvieron relaciones sexuales.

De modo que, así como ideológicamente se sostuvo la importancia de la virginidad femenina, así también se demostró la desobediencia y transgresión a esta norma. En breve, la mayoría de las mujeres se resistieron a esta prohibición, unas de manera articulada y contestataria, otras desobediendo en la práctica lo que parecían defender en el discurso. En este último caso, la reacción frecuente ante la conducta transgresora fue la aparición de intensos sentimientos de culpa y deslealtad frente a la familia, y el temor a perder en el mercado del matrimonio. Sin embargo, estas amenazas no bastaron para evitar en su momento las relaciones sexuales.

Los testimonios

A continuación transcribo un episodio de la historia de Bertina, una joven soltera de una comunidad rural de Guanajuato, que se inició sexualmente con una pareja ocasional:

Bertina (B): Pues es que mis tíos vinieron y se quedaron aquí semanas, y no me acuerdo a dónde se fueron mis tíos, pero no estaban ahí y él nada más se quedó, y yo me confié, me tocó en mi cuarto y le abrí, luego empecé a platicar sobre el amor y todo eso, y dice: "¿Qué te parece aquí el rancho?" No —le digo—, dice: "¿Cuántas veces has tenido rela-

ciones?" No, yo ninguna —digo. "¡Ah! —dice— pues ahorita vamos a ver." La siguiente noche me sentí muy mal, ¡hijo-le! Ya luego le dije a mi mamá, no sé qué me pasó y yo no le quería decir, me daba temor, y ya le empecé a decir, "¡ay!, ¿cuántas (veces)? —dice— si sales mal te tiene que cumplir o vamos allá a la Presidencia." Me preguntó si fue voluntario o a fuerzas.

Investigadora (I): ¿Y cómo fue?

B: Pues, voluntario.

I: ¿Sí?

B: Es que no me podía aguantar...

En este relato, Bertina demuestra que, así como sintió un deseo sexual incontrollable, también experimentó lo que ella consideró efectos negativos en su salud, como si el placer pudiera ser dañino. Esta situación parece haberla orillado a "confesarle" a su madre la falta cometida, la cual debía ser reparada, precisamente, con el matrimonio forzado. Es decir, si bien Bertina transgredió la prohibición de tener relaciones sexuales antes de casarse, sufrió una reacción adversa, como si se tratara de un castigo por su falta.

Una actitud diferente mostraron las jóvenes del Distrito Federal, quienes cuestionaron abiertamente la exigencia de la virginidad femenina, la cual consideraron una más de las expresiones de la desigualdad de género. La opinión de Mercedes, joven capitalina de 22 años que atiende un comercio familiar y que se casó a raíz de su primer embarazo, ilustra lo anterior:

I: ¿Y por qué crees que este asunto de que tú seas virgen para casarte, es tan importante, qué es lo importante de ser virgen para casarse?, ¿qué quiere decir o por qué resulta tan valioso?

Mercedes (M): Pues, podría ser por el valor que el hombre le da a la mujer, ¿no?

I: Ajá...

M: Porque si eres virgen, pues, este te valoran un poquito más. Si no, te dicen

"¡ay!, tú quién sabe por cuántos ya has pasado".

I: O sea que, si tu no eres virgen, o si una muchacha no es virgen cuando se casa ¿como que ya ha tenido, bueno, muchos hombres?

M: Ajá...

I: ¿Por qué se juzga eso, el que una muchacha haya tenido otras relaciones?

M: Pues, yo creo que no se debería de juzgar, los hombres no nos deberían de juzgar porque ellos, pues también tienen sus experiencias y hasta más, con más libertad que una, ¿no? entonces, muchas veces, más bien, el hombre nunca lo ha entendido, ni creo que lo entienda.

En este fragmento Mercedes cuestiona los valores de la virginidad femenina apoyándose en una ética de la igualdad entre géneros y en una visión del comportamiento sexual como igualmente legítimo para ambos sexos. Aún con esta conciencia de sus necesidades, Mercedes no previno este embarazo no deseado. Lo que estas viñetas ilustran es que es inexacto pensar que la existencia de prohibiciones garantiza su cumplimiento, ya que la relación entre los valores y las conductas es sumamente compleja, de modo que el prohibir no funciona, lo que hace falta es discutir, educar y garantizar las condiciones para el ejercicio de la elección personal, cualquiera que ésta sea •

Profesora investigadora del departamento de Educación y Comunicación de la UAM-Xochimilco.

1 Amuchástegui, Ana. 1998. *Virginity and sexual initiation in Mexico: the dialogic negotiation of meaning*. Tesis de doctorado. Goldsmiths College. Universidad de Londres. —Warner, Marina. 1991. *Tú sola entre las mujeres*. El mito y el culto de la Virgen María. Taurus, España.



## Inventario de fuentes de información sobre VIH/sida en América Latina y El Caribe

(Inventory of HIV/AIDS information sources in Latin America and the Caribbean)

La Iniciativa Regional para el Sida en América Latina y El Caribe (Sidalac) fue promovida por el Banco Mundial en forma semejante a experiencias previas en África y Asia. Actualmente forma parte de la estrategia del programa conjunto y cofinanciado del sistema de Naciones Unidas en contra del Sida (Onusida) y tiene entre sus principales actividades contribuir a la movilización de esfuerzos nacionales e internacionales en contra del sida en América Latina y El Caribe.

Sidalac tiene un carácter regional (latinoamericano y de El Caribe) y como propósitos generales:

1) Desarrollar proyectos que proporcionen información útil para la planeación estratégica en la prevención del VIH/sida y la atención a los afectados.

2) Divulgar ampliamente dichos resultados.

En esta ocasión Sidalac desea realizar, en forma similar actividades en el continente asiático, un **Inventario** que recopile los distintos centros y fuentes de información sobre VIH/sida que existen en América Latina y El Caribe. Asimismo busca la difusión a nivel internacional de la información sobre los centros que participen en este proyecto.

Los objetivos particulares del proyecto son:

a) Conocer qué fuentes de información sobre VIH/sida existen en la región y dónde se encuentran.

b) Facilitar la investigación y el trabajo relacionado con VIH/sida en América Latina y El Caribe.

c) Fomentar el conocimiento mutuo y enlace entre los distintos centros de información y acopio de materiales sobre VIH/sida.

d) Servir a investigadores, planificadores de salud, médicos, personas que viven con VIH/sida y familiares.

Por tal motivo Sidalac invita a todos los centros de información, bibliotecas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, instituciones y demás establecimientos, que cuenten con material (impreso, electrónico o de cualquier otro tipo) sobre VIH/sida localizados en América Latina y El Caribe, a llenar el siguiente formulario y enviarlo por cualquiera de los medios indicados a la Fundación Mexicana para la Salud cuya dirección aparece más adelante.

En la elaboración del formulario sobre VIH/sida fueron retomados parte del diseño del "Inventory of HIV/AIDS information sources in the Asia Pacific region" (Unids Asia Pacific Intercountry Team) y la clasificación de temas realizada por Onusida (Unids, por sus siglas en inglés) en "Best practice collection". Una vez completado el **Inventario Sidalac** espera la más amplia difusión del mismo, facilitando así la labor que en el combate al VIH/sida, investigadores sociales, médicos, organismos no gubernamentales, centros de información, personas que viven con VIH y demás interesados, están realizando en la región.

● La fecha límite para enviar los formularios debidamente llenados es el 31 de enero de 1998, los cuales pueden mandarse a cualquiera de las siguientes direcciones:

1) E-mail: [jizazola@funsalud.org.mx](mailto:jizazola@funsalud.org.mx)

2) Mensajería o correo postal: Funsalud/Sidalac. Periférico Sur N°4809. Col. Arenal Tepepan. México, D.F. C.P. 14610. Tel.: (525)655-9011

3) Fax: (525)655-8211

4) Internet: <http://www.sidalac.org.mx>

<b>1.- NOMBRE COMPLETO DE LA ORGANIZACIÓN:</b> COMPLETE NAME OF THE ORGANIZATION:	
<b>2.- SIGLAS DE LA ORGANIZACIÓN:</b> ABBREVIATION OF THE ORGANIZATION:	
<b>3.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>4.- TIPO DE ORGANIZACIÓN:</b> ORGANIZATIONAL TYPE:	
<input type="checkbox"/> A) ORGANISMO NO GUBERNAMENTAL (ONG) NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATION (NGO)	<input type="checkbox"/> B) ORGANISMO GUBERNAMENTAL GOVERNMENT ORGANIZATION
<input type="checkbox"/> C) INSTITUCIÓN PRIVADA PRIVATE INSTITUTION	<input type="checkbox"/> D) AGENCIA INTERNACIONAL INTERNATIONAL AGENCY
<input type="checkbox"/> E) INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN RESEARCH INSTITUTION	<input type="checkbox"/> F) CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DOCUMENTATION/INFORMATION CENTER
<input type="checkbox"/> G) BARRA DE CONSULTORES PROFESSIONAL BODY/ORGANIZATION	<input type="checkbox"/> H) ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA COMMUNITY BASED-ORGANIZATION
<input type="checkbox"/> I) CENTRO EDUCATIVO EDUCATIONAL ESTABLISHMENT	<input type="checkbox"/> J) MEDIO DE COMUNICACIÓN JOURNALISM/MEDIA
<input type="checkbox"/> K) INSTITUTION DE CAPACITACIÓN TRAINING INSTITUTION	<input type="checkbox"/> L) ORGANIZACIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA ORGANIZATION OF PEOPLE WITH HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> M) ORGANISMO RELIGIOSO RELIGIOUS ORGANIZATION	<input type="checkbox"/> N) OTRA (ESPECIFICAR)/OTHER (SPECIFY):
<b>5.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>6.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>7.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>8.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>9.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>10.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>11.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>12.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<input type="checkbox"/> C) BOLETINES DE PERIÓDICO NEWSLETTER OF JOURNAL	<input type="checkbox"/> D) SERVICIO DE BIBLIOTECA LIBRARY/LENDING SERVICES
<input type="checkbox"/> E) COLECCIÓN DE PERIÓDICOS Y BOLETINES NEWSLETTER/JOURNAL COLLECTION	<input type="checkbox"/> F) REPRODUCCIÓN DE MATERIALES REPRODUCTION OF MATERIALS
<input type="checkbox"/> G) SERVICIOS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN INFORMATION SEARCHING SERVICES	<input type="checkbox"/> H) BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS BIBLIOGRAPHIC DATABASES
<input type="checkbox"/> I) ACCESO A BASE DE DATOS CONTACT DATABASES	<input type="checkbox"/> J) SERVICIOS DE INFORMACIÓN POR TELÉFONO TELEPHONE INFORMATION SERVICES
<input type="checkbox"/> K) ACCESO A INTERNET/INTERNET ACCESS	<input type="checkbox"/> L) SERVICIO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN DROP-IN INFORMATION SERVICES
<input type="checkbox"/> M) SERVICIOS DE MENSajería Y DISTRIBUCIÓN DISTRIBUTION/MAILING SERVICES	<input type="checkbox"/> N) SERVICIOS DE TRADUCCIÓN TRANSLATION SERVICES
<input type="checkbox"/> O) OTROS (ESPECIFICAR)/OTHERS (SPECIFY):	<input type="checkbox"/> P) OTROS (ESPECIFICAR)/OTHERS (SPECIFY):
<b>13.- SERVICIOS PROVISTOS A</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): SERVICES PROVIDED TO (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) ORGANIZACIONES LOCALES LOCAL ORGANIZATIONS	<input type="checkbox"/> B) ORGANIZACIONES NACIONALES NATIONAL ORGANIZATIONS
<input type="checkbox"/> C) OTROS PAÍSES/OTHER COUNTRIES	<input type="checkbox"/> D) COMUNIDAD GENERAL/COMMUNITY
<input type="checkbox"/> E) POBLACIÓN ESPECÍFICA (INDICAR CUÁL/ES): SPECIFIC GROUPS OF POPULATION (INDICATE):	<input type="checkbox"/> F) OTROS (ESPECIFICAR)/OTHERS (SPECIFY):
<b>14.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>15.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>16.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>17.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>18.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>19.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>20.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>21.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>22.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>23.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>24.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>25.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>26.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>27.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>28.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>29.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>30.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>31.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>32.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>33.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>34.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>35.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>36.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>37.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>38.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>39.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>40.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>41.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>42.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>43.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>44.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>45.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>46.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>47.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>48.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>49.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>50.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>51.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>52.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>53.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>54.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>55.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>56.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>57.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>58.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>59.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>60.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>61.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>62.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>63.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>64.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>65.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>66.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>67.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>68.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>69.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>70.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>71.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>72.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>73.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>74.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>75.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND PROJECTIONS
<input type="checkbox"/> G) GÉNERO Y VIH/SIDA GENDER AND HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> H) PROMOCIÓN DE LA SALUD, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN HEALTH PROMOTION, COMMUNICATION AND EDUCATION
<input type="checkbox"/> I) COMUNICACIÓN PROGRAMMING COMMUNICATION PROGRAMMING ESCUELAS/SCHOOLS TRABAJO/WORKPLACE EJÉRCITO/THE MILITARY PRISIONES/PRISONS USO DE DROGAS INYECTADAS INJECTING DRUG USE	<input type="checkbox"/> J) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>76.- TIPO DE FUENTES DE INFORMACIÓN</b> MATERIALES PROVISTOS (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TYPES OF INFORMATION MATERIAL RESOURCES PROVIDED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN OTHER MATERIALS PROVISION OF DOCUMENTS OTHERS MATERIALS	<input type="checkbox"/> B) MATERIALES PARA CAPACITACIÓN TRAINING MATERIALS
<b>77.- DIRECCIÓN/ADDRESS:</b> CALLE Y NÚMERO/STREET AND NUMBER: CIUDAD/CITY:	
<b>78.- AÑO DE CREACIÓN:</b> WHICH YEAR WAS YOUR ESTABLISHMENT FOUNDED?:	
<b>79.- AÑO EN QUE EMPEZÓ A TRABAJAR CON VIH/SIDA:</b> WHEN DID YOUR ESTABLISHMENT BEGIN WORKING WITH HIV/AIDS?:	
<b>80.- PERSONA DE ENLACE/CONTACT PERSON:</b> A) NOMBRE/NAME: APELLIDOS/LAST NAME: B) CARGO/POSITION:	
<b>81.- TELÉFONO (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> TELEPHONE (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>82.- FAX (CÓDIGO DEL PAÍS Y DE LA CIUDAD):</b> FAX (COUNTRY AND AREA CODE):	
<b>83.- CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL:</b>	
<b>84.- ÁREAS TÉCNICAS CUBIERTAS</b> (SELECCIONAR MÁS DE UNA CUANDO SEA NECESARIO): TECHNICAL AREAS COVERED (CHOOSE MORE THAN ONE WHEN NECESSARY):	
<input type="checkbox"/> A) TRABAJO CON LA COMUNIDAD, PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA Y ONG'S COMMUNITY MOBILIZATION, PLHIV, NGOs	<input type="checkbox"/> B) DISTRIBUCIÓN DE CONDONES/CONDOMS CONDONES FEMENINOS/FEMALE CONDOMS CONDONES MASCULINOS/MALE CONDOMS
<input type="checkbox"/> C) CONSEJERÍA Y PRUEBA DE VIH COUNSELLING AND HIV TESTING CONSEJERÍA/COUNSELLING	<input type="checkbox"/> D) RESPUESTAS NACIONALES/COUNTRY RESPONSES GRUPOS TEMÁTICOS-SISTEMA DE INTERVENCIÓN A NIVEL NACIONAL THEME GROUPS-UN SYSTEM ACTION AT THE COUNTRY LEVEL
<input type="checkbox"/> E) VIH/SIDA Y DESARROLLO DEVELOPMENT AND HIV/AIDS IMPACTO EN FAMILIAS Y NIÑOS IMPACT ON CHILDREN AND FAMILIES IMPACTO EN HOGARES RURALES Y AGRÍCOLAS IMPACT ON AGRICULTURAL AND RURAL HOUSEHOLDS	<input type="checkbox"/> F) EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EPIDEMIOLOGY OF HIV/AIDS DETERMINANTES DE LA EPIDEMIA DETERMINANTS OF THE EPIDEMIC VIGILANCIA Y REPORTE DE CASOS SURVEILLANCE AND REPORTING ESTIMACIONES Y PROYECCIONES ESTIMATES AND



**Conasida**  
Calz. De Tlalpan N°4585 2o. piso,  
Col. Toriello Guerra. 14050, México, D.F.  
Tels: 528-4084 • 528-4856/Fax: 528-4220  
Telsida: 207-4077 • 01 800 90832  
C. electrónico: conasida@cenids.ssa.gob.mx  
Es el órgano responsable de normar, regular y  
vigilar la aplicación de la política gubernamental  
sobre sida en el sistema nacional de salud. Cuenta  
con dos centros de información que proporcionan  
servicios en el D.F., en donde a partir del 1 de  
enero han instalado dos clínicas de enfermedades  
de transmisión sexual. Los Coesidas realizan  
tareas similares en cada entidad federativa.

**Aguascalientes**  
**Programa de Prevención del sida**  
Margil de Jesús N°1501. Fracc. Arboledas  
20020, Aguascalientes, Ags.  
Tel.: (49)14-6514/Fax: (49)12-1742  
Es la única entidad federativa del país que no  
cuenta, aunque sea nominalmente con un Coesida.

**Baja California**  
**Coesida**  
Palacio Federal 3er. piso. Centro Cívico  
21000, Mexicali, B.C.  
Tel.: (65)57-2084/Fax: (65)57-3681  
**Comusida Tijuana**  
Av. Constitución entre 8a. y 9a. Centro. 22000,  
Tijuana, B.C. Tel.: (66)85-5553/Fax: (66)85-1338

**Baja California Sur**  
**Coesida**  
Revolución N°822 Nte. Col. El Esterito  
23020, La Paz, B.C.S.  
Tel.: (112)2-3137/Fax: (112)2-8612

**Campeche**  
**Coesida**  
Calle Diez N°236. Barrio de San Román  
24040, Campeche, Camp.  
Tel.: (98)16-1142/Fax: (98)16-5497

**Chiapas**  
**Coesida**  
Calz. de la Ciudad Deportiva,  
Unidad Administrativa Edif. C  
29000, Tuxtla Gutiérrez, Chis.  
Tel.: (961)3-1205/Fax: (961)3-1258

**Chihuahua**  
**Coesida**  
Hospital General "Salvador Zubirán"  
Av. Colón y Revolución s/n 1er. piso  
Centro. 30000, Chihuahua, Chih.  
Tel.: (14)16-0167/Fax: (14)15-9091

**Coahuila**  
**Coesida**  
Blvd. Venustiano Carranza N°2859 Nte.  
Col. Lasalle. 25280, Saltillo, Coah.  
Tel.: (84)16-5537/Fax: (84)15-6298

**Colima**  
**Coesida**  
Medellín N°33 P.A.  
Centro. 28000, Colima, Col.  
Tel./Fax: (33)14-14-42 • 13-4549

**Durango**  
**Coesida**  
Hospital General  
5 de febrero y A. Norman Fuentes s/n  
Col. Centro. 34000, Durango, Dgo.  
Tel.: (18)18-3019 ext. 129/Fax: (18)17-1797

**Guanajuato**  
**Coesida**  
Tamazuca N°4. Col. Centro  
34000, Durango, Dgo.  
Tel.: (47)32-4403/Fax: (47)32-4573

**Guerrero**  
**Coesida**  
Av. Rufo Figueroa N°6 esq. Av. Central  
Col. Burócratas. 39090, Chilpancingo, Gro.  
Tel.: (74)71-1863/Fax: (74)72-4573

**Hidalgo**  
**Coesida**  
Dr. Manuel Gea González N°405  
Col. Exhacienda de Guadalupe  
42090, Pachuca, Hgo. Tel.: (77)18-8570  
Fax: (77)18-8570/Sidatel: (77)13-3553

**Jalisco**  
**Coesida**  
Dr. Baeza Alzaga N°107  
Sector Hidalgo. 44100, Guadalajara, Jal.  
Tel.: (3)658-2606/Fax: (3)613-4503  
Sidatel: (3)613-7456 • 01(800)3-6488

**México**  
**Coesida**  
Isabel la Católica N°308. Col. Centro. 50000,  
Toluca, Edo. de México. Tel./Fax: (72)14-8264

**Michoacán**  
**Coesida**  
Melchor Ocampo N°46. Col. Centro. 58000,  
Morelia, Mich. Tel.: (43)13-9652/Fax: (43)13-3118

**Morelos**  
**Coesida**  
Callejón Borda N°8. Centro. 62000, Cuernavaca,  
Mor. Tel.: (73)14-3013/Fax: (73)18-7734

**Nayarit**  
**Coesida**  
Av. Insurgentes esq. 21 de marzo  
Col. José María Menchaca. 63000, Tepic, Nay.  
Tel.: (32)13-2385/Fax: (32) 13-1180

**Nuevo León**  
**Coesida**  
5 de mayo N°525 Ote. 5o. piso. Edif. Elizondo  
Pac. Col. Centro. 64000, Monterrey, N.L.  
Tel.: (8)343-5589/Fax: (8)350-1373

**Oaxaca**  
**Coesida**  
Murguía N°406. Centro. 68000, Oaxaca, Oax.  
Tel./Fax: (951)4-6536 • 4-6553

**Puebla**  
**Coesida**  
11 Oriente y 10 Sur. Centro. 72000,  
Puebla, Pue. Tel./Fax: (22)46-4415

## Para servirle a usted

Con el inicio de 1998 ofrecemos un directorio de las instancias  
gubernamentales responsables de garantizar la prevención y control del sida,  
así como el acceso a medicamentos y tratamientos adecuados, y su  
seguimiento: El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida  
(Conasida), los Consejos Estatales (Coesidas) y los Consejos Municipales  
(Comusida). Estas deberían funcionar mejor a partir del programa de  
descentralización de los servicios de salud. En caso de que estas instituciones  
y las dependientes de la Secretaría de Salud Federal o locales no cumplan  
con sus funciones, usted puede denunciarlas y promover quejas en la  
Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, en las Comisiones  
Nacional y Estatales de Derechos Humanos o en Organizaciones  
Civiles defensoras de derechos humanos y civiles.

**Querétaro**  
**Coesida**  
Hospital General/CETS  
Av. 5 de febrero N°101 Sur  
Col. Virreyes. 76170, Querétaro, Qro.  
Tel.: (42)16-9544/Fax: (42)15-2719

**Quintana Roo**  
**Coesida**  
Centro Administrativo del  
Gobierno del Estado/Tabasco 2000  
Paseo Tabasco N°1504  
86030, Villahermosa, Tab.  
Tel.: (931)2-7350/Fax (931)2-7542

**San Luis Potosí**  
**Coesida**  
Av. 5 de mayo N°1485  
Centro. 78000, San Luis Potosí, S.L.P.  
Tel.: (48)15-1062/Fax: (48)15-0394

**Sinaloa**  
**Coesida**  
Insurgentes N°210 Sur  
Centro. 80000, Culiacán, Sin.  
Tel.: (67)14-7400  
Fax: (67)61-0939

**Sonora**  
**Coesida**  
Cesar Gándara y Michoacán s/n  
Col. Olivares. 83010, Hermosillo, Son.  
Tel./Fax: (62)16-1297

**Tabasco**  
**Coesida**  
Centro Administrativo del  
Gobierno del Estado/Tabasco 2000  
Paseo Tabasco N°1504  
86030, Villahermosa, Tab.  
Tel.: (931)6-2521/Fax: (931)6-3213

**Tamaulipas**  
**Coesida**  
Palacio Federal 3er. piso  
Centro. 87000, Cd. Victoria, Tamps.  
Tel.: (13)12-0815/Fax: (13)12-7191

**Tlaxcala**  
**Coesida**  
Av. Constructores N°2  
Col. Loma Bonita. 90070, Tlaxcala, Tlax.  
Tel./Fax: (246)2-9300

**Veracruz**  
**Coesida**  
Av. Miguel Dorantes Meza s/n  
Col. Progreso Macuiltépetl  
91139, Xalapa, Ver. Tel./Fax: (281)5-4084

**Yucatán**  
**Coesida**  
Calle 72 N°463 X 53. Centro. 97000, Mérida,  
Yuc. Tel.: (99) 24-4935/Fax: (99) 24-7054

**Zacatecas**  
**Coesida**  
Av. González Ortega. Centro. 98000, Zacatecas,  
Zac. Tel.: (492)2-1202/Fax: (492)2-1202

**Para quejas y denuncias**

**Secretaría de la Contraloría y  
Desarrollo Administrativo**  
Insurgentes Sur N°1735  
Col. Guadalupe Inn  
01020, México, D.F.  
Sactel: 604-1240  
Recibe quejas de nivel federal, estatal y municipal.

**CNDH**  
**Comisión Nacional de Derechos Humanos**  
Dra. Mirelle Roccatti Velázquez. *Presidenta*  
Periférico Sur N°3469. Col. San Jerónimo  
Lídice. 10200, México, D.F.  
Tels.: 681-7301 • 681-8125 (24 horas)  
Fax: 681-9348 • Fax urgencias: 681-8490  
Reciben quejas de las entidades federativas  
cuando las comisiones estatales no responden  
competentemente a las quejas interpuestas.

**Salud y Justicia, A.C.**  
Medellín N°104-103. Col. Roma  
06700, México, D.F. Tel.: 538-7400  
C. electrónico: salusticia@laneta.apc.org  
Apoyan y asesoran la interposición de quejas,  
denuncias y demandas legales en materia de salud.

**Letra S sida, cultura y vida cotidiana, A.C.**  
Zempoala N°9-205. Col. Narvarte  
03020, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400  
C. electrónico: letrassida@laneta.apc.org  
Recibe toda información relacionada a la salud,  
sexualidad y sida para su difusión, así como  
cartas de denuncia de los servicios de salud.

**Estudio de Investigación**  
**Tratamiento de la Retinitis por Citomegalovirus**  
**para personas con VIH/sida**

- Tiene problemas con su visión
- No tiene aún problemas con su visión pero tiene un recuento de linfocitos CD<sub>4</sub> menor de 100 CD<sub>4</sub>/mm<sup>3</sup>
- Le han diagnosticado retinitis por CMV y aún no recibe tratamiento

Instituto Nacional de la Nutrición *Salvador Zubirán* Vasco de Quiroga N°15,  
colonia Sección XVI, México, D.F., Tlalpan 14000 Tel.: 573-1200  
exts. 2420 y 2421  
con el dr. Juan Sierra o la dra. Dora Carranza o al Biper 230-3030, clave 1281  
Permiso SSA 34848

**LETRA**  
SALUD • SEXUALIDAD • SIDA

*Sale el primer jueves de cada mes en*  
**laJornada**

*Nuestra dirección en Internet es:*  
<http://serpiente.dgsca.unam.mx/jornada/index.html>

**Wellcome**

LOS PRODUCTOS WELLCOME MEXICO SE PUEDEN  
ADQUIRIR EN LAS SIGUIENTES FARMACIAS  
DEL AREA METROPOLITANA:

**Fármacos Especializados**  
Jacarandas No.72  
Col. Sta. Ma. Insurgentes  
Tel.: 583-10530.5

**Grupo Multifarma,**  
*S.A. de C.V.*  
San Francisco No.1358  
entre Tlacoquemécatl y  
Miguel Laurent  
Col. Del Valle  
Tels.: 575-8179 • 559-0711  
559-9287

**Fármacos Especializados**  
Calzada Vallejo No.444-B  
Col. Vallejo Poniente  
Tel.: 355-2901

**Fármacos Especializados**  
Querétaro No.137  
Col. Roma Centro  
Tel.: 564-3447

**Fármacos Especializados**  
Calzada de Tlalpan No.4673  
Col. Toriello Guerra  
Tels.: 665-5123 • 665-5950

**Fármacos Especializados**  
Manuel F. Izaguirre No.25  
Naucalpan, Edo. de México  
Tel.: 393-9957

**Hospitales y Quirófanos**  
*S.A. de C.V.*  
Murillo No.44  
Col. Sta. Ma. Nonoalco  
(Mixcoac)  
Tels.: 611-8197 • 611-8244  
611-8298

**Farmacia París**  
Rep. del Salvador No.97  
Col. Centro  
Tel.: 521-4327

**Distribuidora de Químicos y**  
**Farmacéuticos**  
Hortensia No.122  
Col. Sta. Ma. La Ribera  
Tels.: 541-3911 • 547-5570

**Rama Farmacéutica**  
Tenayuca No.330  
Col. Sta. Cruz Atoyac  
Tel.: 688-7978

**MAYPO**  
MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIALIDAD

**T o d o s l o s m e d i c a m e n t o s**

<b>CRIVÁN</b>	<b>HIVID</b>	<b>INVIRASE</b>
<b>\$3,290.00</b>	<b>\$1,700.00</b>	<b>\$3,250.00</b>

**INHIBIDORES DE TRANSCRIPTASA • INHIBIDORES DE PROTEASA •  
ENFERMEDADES OPORTUNISTAS • PROFILAXIS SIDA • VACUNAS •  
QUIMIOTERAPIA • NUTRICIÓN • DESGASTE**

**Entregamos a domicilio en cualquier punto del país.\*  
Atención profesional.**

**Teléfono:  
673-1910**

**Lada sin costo del interior del país:  
01(800)849-2000**

\*Vigencia hasta el 31 de enero de 1998  
\*Cargo extra por gastos de envío al interior

Farmacéutica Maypo, S.A. de C.V.  
Acoxa N°933 bis. Colonia Villa Coapa, 14390, México, D.F.  
E-mail: servimaypo@maypo.com.mx

**PCR lab** & **MRL REFERENCE LABORATORY, IMPATH Inc.** *The Cancer Information Company*  
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS ESPECIALIZADOS Y RUTINA

• **Detección del VIH con el método de PCR:**  
Detecta el Virus de la Inmunodeficiencia Human (VIH) a las *tres semanas* de la  
posible infección. Tiene una exactitud de 99.5%

• **RNA del VIH-1 o Carga Viral por PCR:**  
Cuantificación del Virus. Esta es utilizada para monitorear la eficacia a los  
tratamientos con los retrovirales.

• **Análisis de la Mutación del VIH y su resistencia a los Inhibidores:**  
Identifica a la Transcriptasa Reversa y a la Proteasa para seleccionar el antiviral óptimo.

(Con más de 2,500 análisis de diferentes especialidades)

Ahora también en:

Juárez N°18-B. Tlacoapac San Angel, D.F. 662-7179, 662-7180 662-6062 • Fax: 662-7185	Tultitlán, Edo. Méx. Local 3 módulo E Central de Abastos 729-1680, 729-1690	Próximamente Col. Condesa Metro Chapultepec 286-1529
---	--	---

E-mail: dlpuente@mexred.net.mx

**LEI** **LABORATORIOS LEI**

LABORATORIO DE ESPECIALIDADES INMUNOLOGICAS

**CUMPLIMOS 10 AÑOS ANALIZANDO EL VIH...**

Paquete de monitoreo del uso de  
agentes antirretrovirales del VIH/sida

**6 ESTUDIOS EN UN PAQUETE**

**APROVECHA: \$1,950.00**

Informes a los tels.: 538-3139 • 538-5849  
5 de febrero N°487, P.B. casi esq. con Viaducto. Col. Algarín. Tel.: 538-5305  
Platería N°127 Acc. C (Canal del Norte casi esq. Congreso de la Unión) Tel.: 702-1949

**Roche** **trabajando por**

**un mundo sin VIH**

**INVIRASE®**  
mesilato de zalcitabina  
Reg. No. 624M66 SSA.

**HIVID®**  
ZALCITABINA  
Reg. No. 040M63 SSA.



La cultura también se ve

Canal 22

## *Red Cultural Nueve Treinta*

Los acontecimientos culturales del  
día en tres ediciones

19:00 hrs.

**Al aire**

Con Judith Moreno, Diana  
Jiménez y Huemanzin  
Rodríguez.

21:30 hrs.

**Avance informativo**

23:30 hrs.

**Al aire**

Con Myriam Moscona  
y José Gordon



Dirección de noticias:

**Guadalupe Alonso**



*De lunes a viernes*